Lane Medical Library

Über versprengte Strumen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 8. October 1889

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Paul Hanel

aus Eisersdorf (Schlesien).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Rust.
- Dd. med. Burkhart.
- Cand. med. Gerdeck.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Dem

Andenken meiner unvergesslichen Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Die ersten Beobachtungen über Nebenschilddrüsen sind von Albert von Haller gemacht worden. In seinem Werke: „De partium corporis humani praecipuarum fabrica et functionibus“ schreibt er von dem Cornu medium der Schilddrüse, dass er es als eine besondere Drüse habe auftreten sehen. In späterer Zeit haben Albers, Bruch und namentlich Gruber und Luigi Porta (Pavia) genaue Schilderungen der Nebenschilddrüsen gegeben. Sowohl die älteren wie auch die neueren Untersuchungen von Luschka, Kocher, Madelung sind zu dem Ergebnis gelangt, dass die accessor. Schilddrüsen im engsten genetischen Zusammenhange mit dem Cornu med. (resp. poster.) stehen, und dass letzteres bei abnormer Länge den Übergang zur Gl. accessor. vermittle.

Die retroösophagealen Strumen entwickeln sich in einem besonderen Fortsatze der Schilddrüse, welcher von dem oberen Pole der Seitenlappen nach rück- und einwärts verläuft und gewöhnlich am Übergange des Pharynx in den Ösophagus hinter die beiden letzteren tritt. Dieser Fortsatz, „das hintere Horn“ nach Kocher, kommt sowohl ein- als beiderseitig vor. Dass gerade vom oberen Pole der Schilddrüsenlappen in seltenen

Fällen abnorme Hörner ausgehen, hat Virchow gezeigt (Geschwülste, Bd. III, S. 47 und 48). Er beschreibt als submaxilläre Strumen Fälle, wo Hörner der Schilddrüse hinter den Winkel des Unterkiefers, ja selbst bis an den Process. mastoid. reichen, aber zuweilen sich so verbergen, dass man sie von aussen kaum bemerken kann.

Die vorliegende Arbeit soll nur einen weiteren Beitrag liefern zu den schon früher beobachteten und mit genaueren anatom. Détails versehenen Fällen.

In der Kgl. chirurgischen Klinik zu Berlin wurde von Herrn Dr. Bramann am 20. Mai 1889 folgende accessorische Struma operiert:

Der 21jährige Arbeiter Rupsch stammt aus gesunder Familie und ist früher immer gesund gewesen. Vor 6 Jahren bemerkte Patient angeblich nach einer Erkältung an der linken Seite des Halses eine Geschwulst, welche sehr bald die Grösse erreichte, die sie jetzt noch zeigt. In den letzten Jahren soll sie unverändert geblieben sein. Beschwerden beim Schlucken oder Atmen oder Schmerzen bei Bewegungen des Kopfes hat Pat. seitens der Geschwulst niemals verspürt. Da die Geschwulst den Pat. entstellt, so wünscht er ihre Entfernung.

Stat. praes. Wenig intelligenter Mann, etwas bleich und mässig kräftig. An der linken Seite des Halses im Trigon. coll. sup. resp. Reg. sternocleid. befindet sich eine Geschwulst von etwa Gänseeigrösse, ihre Längsachse verläuft parallel dem M. sternocleid., die Haut

über der Geschwulst ist glatt und unverändert. Das untere Ende der Geschwulst entspricht der Höhe des oberen Randes des Schildknorpels, der obere Teil der Geschwulst verschwindet in der Regio retromaxillaris, medianwärts reicht die Geschwulst nicht bis zum Schildknorpel. Bei genauerer Beobachtung macht die Geschwulst pulsatorische Bewegungen.

Bei der Palpation ist die Haut über der Geschwulst verschieblich, der M. sternocleidomast. liegt auf der Geschwulst und ist deutlich abhebbar. Die Oberfläche der eiförmigen Geschwulst ist glatt, das untere Ende ist abgerundet ohne Fortsetzung nach unten oder der Mittellinie hin und lässt sich leicht seitlich verschieben. Die Consistenz ist zum Teil prall elastisch, nur an der am meisten prominierenden Partie in der Höhe des Zungenbeins fluctuierend, an anderen Stellen fester, derber, ohne Fluctuation. Die sichtbare Pulsation verschwindet, sobald man die Geschwulst aus der Tiefe heraus, d. h. von der Carotis abhebt. Die Pulsation ist also nur eine von der Carotis mitgeteilte. Gegen die Wirbelsäule lässt sich die Geschwulst leicht verschieben, nur nach der Schädelbasis zu und der Regio retromaxillaris, wohin sie sich erstreckt, ist sie etwas fester fixiert. Die Carotis ist bei geringer Verdrängung der Geschwulst nach hinten deutlich am vorderen Rande zu fühlen, sie liegt eher vor als direct unter der Geschwulst. An den Bewegungen des Kehlkopfes und Schlundes participiert die Geschwulst garnicht.

Am 20. Mai wird die Operation vorgenommen. Mit einem Schnitt, vom Proc. mastoid. längs des vorderen Randes des Sternocleidomastoid. bis herab zur Höhe des Schildknorpels durch Haut und Platysma geführt, wird der vordere Rand des Sternocleidomastoid. freigelegt; unter ihm und nach vorn von ihm kommt der Tumor zum Vorschein. Aber statt der bei Kiemengangcysten glatten, bindegewebigen, mehr oder weniger dicken, fast gefässlosen Cystenwand ist die Oberfläche der Geschwulst bedeckt von zahlreichen nach den verschiedensten Richtungen verlaufenden dicken Venenstämmen, von denen die grösseren nach der hinteren Seite der Geschwulst verlaufen.

Das Herauspräparieren der Geschwulst ist sehr mühsam, am leichtesten am unteren Ende; die äussere und hintere Wand war mehr oder weniger fest verwachsen mit dem Sternocleidomastoid. resp. den grossen Halsgefässen, welche unmittelbar hinter der Geschwulst liegen und sich, zumal am oberen Ende der Geschwulst, nur sehr mühsam von derselben isolieren lassen. Hier tritt auch und zwar unmittelbar an der Schädelbasis eine stärkere arterielle und venöse Blutung ein, obwohl die Carotis und Jugularis unverletzt, die Blutung stammte aus grösseren abgehenden Gefässen; deren Unterbindung sehr schwierig ist.

Eine Verbindung der Geschwulst mit der Schilddrüse oder irgend eine Fortsetzung nach unten oder innen in Gestalt von Bindegewebszügen fehlte, gerade

hier war freieste Beweglichkeit. — Der birnenförmige, mannesfaustgrosse Tumor hat eine breite Basis und läuft nach oben etwas spitz zu. Die Breite der Basis beträgt $6^1/_2$ cm, die Länge 9 cm, die schmale Seite 2 cm, der grösste Umfang 25 cm. Die Oberfläche ist im allgemeinen glatt, nur an einzelnen Stellen zeigt sie kleine Hervorragungen. Die microscopische Untersuchung zeigt Strumagewebe.

Nach Entfernung des Tumors wird die Wunde nochmals revidiert, und die letzte Blutung vollkommen gestillt, auch die Blutung aus den dicht an der Schädelbasis verletzten Gefässen steht vollkommen, trotzdem wird zur grösseren Sicherheit der obere Teil der Wunde mit Jodoformgaze tamponiert, während die untere Hälfte durch die Naht geschlossen wird.

Das Befinden des Patienten während der nächsten Tage ist ein recht gutes, nur am Morgen des dritten Tages tritt eine Steigerung der Temperatur auf 38,5 ein, worauf die Tamponade entfernt, und auch die obere Hälfte der Wunde bis auf kleinen Spalt vernäht wird. Der nun angelegte Verband bleibt 8 Tage liegen. Nach Entfernung desselben wird Pat. als geheilt entlassen.

Differentialdiagnose.

Bei der Lage, Grösse, Entwickelung der Geschwulst konnte ohne anatomische Untersuchung die Annahme einer strumösen Geschwulst nur in letzter Stelle in Frage kommen. Die grösste Wahrscheinlichkeit sprach

für eine Geschwulst, die aus einem Kiemengangrest hervorgegangen war, oder aber für eine Lymphdrüsengeschwulst. Für das erstere sprachen folgende Momente: die Zeit der Entwickelung, weil die Geschwulst gerade in der Pubertätszeit entstanden und langsam gewachsen war, ferner der Sitz der Geschwulst an der Schädelbasis unter dem Sternocleido-mastoideus, mit dem oberen Pol nach dem Process. styloid. gerichtet und hier anscheinend fester verlötet mit der Umgebung als in der unteren Hälfte. Gerade in dieser Gegend kommen derartige, von dem zweiten Kiemengang abstammende Tumoren erfahrungsmässig am häufigsten vor. Auch war der Tumor, wie die Kiemengangcysten immer, vollständig unabhängig von den übrigen Halsdrüsen, besonders der Gland. thyreoid., die Haut über demselben war vollkommen normal, ferner liess er sich zum Teil auf seiner Unterlage verschieben, was bei Kiemengangcysten ebenfalls vorkommt, ausser wenn sie, sei es infolge von Entzündung oder medicamentöser irritativer Behandlungsweise mit der Umgebung verwachsen sind.

Endlich wäre hier noch das branchiogene Carcinom zu erwähnen, das, wenn auch selten, doch auch an dieser Stelle beobachtet ist, und bis zu einem gewissen Stadium der Entwickelung anatomisch genau dasselbe Verhalten zeigt, wie die eben erwähnte Geschwulst, nur, dass die Fluctuation fehlt. Berücksichtigt man aber die Anamnese und vor allem die Angabe, dass die Geschwulst in den letzten 6 Jahren sich garnicht

verändert habe, so muss auch die Annahme eines Carcinoms fallen gelassen werden.

Aus diesem zuletzt erwähnten Grunde liess sich auch jede andere maligne Geschwulst wie Lymphosarcom ausschliessen, weil auch das letztere sehr schnell wächst und fast nie derartige circumscripte solitäre Tumoren darstellt.

Ebensowenig schien die Annahme eines chronisch entzündlichen Tumors (chron. entzündlicher Lymphdrüsentumors) gerechtfertigt, weil die nächstgelegenen Lymphdrüsen ausnahmslos in mehr oder minder grosser Ausdehnung in Mitleidenschaft gezogen werden, was hier nicht der Fall war.

Sehen wir uns in der Litteratur nach ähnlichen Fällen um, so ist die Zahl derer, die hierher zu nehmen sind, eine verhältnismässig geringe, zu diesen gehört unter anderen der von Ruhlmann mitgeteilte. Es handelte sich da ebenfalls um eine Nebenschilddrüse in der Regio sternocleid., die in gar keinem Zusammenhang mit der Schilddrüse stand, langsam gewachsen war und sich nur dadurch von dem vorigen Tumor unterschied, dass sie Beschwerden machte beim Schlingen und bei Bewegungen des Kopfes nach der kranken Seite.

Bei einem 25 Jahr alten Fräulein fand sich an der rechten Seite des Halses eine apfelgrosse Geschwulst am vorderen Rande des M. sternocleid., die seit 3 Jahren bemerkt und langsam gewachsen war. Bei geöffnetem Munde konnte man einen zweiten stark nussgrossen

Tumor constatieren, der die rechte Hälfte des Schlundes erfüllte, den Zungengrund berührte und etwas über die Mittellinie nach links reichte. Der äussere Tumor war rundlich, hatte glatte Oberfläche, fluctuierte und schien in directer Beziehung zu stehen mit dem ebenfalls fluctuierenden pharyngealen Tumor. Der Kehlkopf war nach links verschoben, die rechte Carotis nach aussen und hinten. Die einzige Beschwerde der Patientin bestand darin, dass sie den Kopf nicht nach rechts drehen konnte. Bei der Operation floss aus einem Einriss an der Oberfläche der Geschwulst eine stark blutig gefärbte Flüssigkeit aus, gleichzeitig hatte sich der retropharyngeale Tumor entleert. Beim Einschneiden in die äussere Geschwulst entleerte sich ebenfalls blutige Flüssigkeit. Bei der microscopischen Untersuchung zeigten die beiden Geschwülste die Beschaffenheit der Kropfcysten.

Ein Fall, über den Madelung berichtete, zeichnete sich vor allen anderen Fällen dadurch aus, dass die Patientin aus einer hereditär belasteten Familie stammte, dass ferner nicht nur in der Regio sternocleid. eine hühnereigrosse, accessor. Struma vorkam, sondern dass auch über der Mitte der Clavicula zwei haselnussgrosse accessor. Strumen ohne jegliche Verbindung mit der nicht vergrösserten Schilddrüse sich befanden. Im übrigen bietet der Fall nichts Abweichendes von den vorigen.

Die Pat., die hereditär belastet zu sein schien, gab zunächst an, dass sie vor 12 Jahren auf der rechten

Seite des Halses, an einer Stelle, die dem inneren Rande des Sternocleid. entsprach, in der Höhe des Ringknorpels eine kleine, harte, runde Geschwulst, die mit der Haut beweglich blieb, bemerkt habe. Ab und zu wurde ein stechender Schmerz in der Geschwulst empfunden.

Bei der Untersuchung fand sich bei der kleinen, gracil gebauten Pat. an der rechten Halsseite unter der normalen Haut ein Tumor von der Grösse und Form eines Hühnereies. Der Längsdurchmesser verlief fast horizontal. Während die äussere Spitze des Eies etwa auf die Mitte des Musc. sternocleid. zu liegen kam, ragte die nach der Mitte des Halses zu gelegene Hälfte der Geschwulst weit über das Niveau des Halses vor. Die Haut war über der Geschwulst beweglich. Der Tumor hatte höckrige Oberfläche, an allen durchfassbaren Stellen Knorpelconsistenz. Auf der Unterlage beweglich. Die Schilddrüse war nicht vergrössert. Die Diagnose wurde gestellt auf eine hypertrophische, teilweise verkalkte Lymphdrüse.

Bei der Operation zeigte sich die Geschwulst beträchtlich grösser und tiefer in die Weichteile des Halses eingebettet, als vorher angenommen werden konnte, ferner liess sich mit Sicherheit feststellen, dass durchaus keine Verbindung zwischen der exstirpierten Geschwulst und der Schilddrüse bestanden hatte. Von diesem Haupttumor völlig getrennt lagen über der Mitte der Clavicula, in eine eigene, nur zartere Bindegewebs-

kapsel eingehüllt, zwei haselnussgrosse Geschwülste, die nach der microscopischen Untersuchung aus normalem Schilddrüsengewebe bestanden, während die grössere Geschwulst eine Struma cystica war.

Ein Tumor derselben Natur, den Schlüter beschrieb, besass die Eigentümlichkeit, dass er zwar keine Schluck- und Atembeschwerden machte, jedoch bei Druck Schluckbewegungen verursachte und Verschwinden des rechten Radialpulses.

Ein 24jähriges Mädchen hatte seit 3 Jahren eine auf der rechten Seite des Halses entstehende Geschwulst bemerkt. Nach 5 Jahren hatte dieselbe Kindskopfgrösse.

Das sonst gesunde Mädchen hatte bei ihrer Aufnahme auf der rechten Halsseite eine von gesunder Haut bedeckte Geschwulst, die von dem oberen Rande der Clavicula, dem vorderen Rande des M. sternocleid. begrenzt wurde; der letztere war durch die Geschwulst hervorgetreten. Mit der Schilddrüse, die nicht vergrössert war, schien der Tumor nicht zusammenzuhängen. Sie schien durch einen über die Mitte streichenden Strang in 2 Blasen geteilt, fluctuierte, war nicht transparent, schmerzlos. Bei Druck auf sie verschwand der Radialpuls im rechten Arm. Schluck- und Atembeschwerden verursachte sie nicht, doch wurden bei Druck auf die Geschwulst Schluckbewegungen verursacht. Der durch Operation entfernte Tumor zeigte bei der microscopischen Untersuchung die Structur der Schilddrüse.

Schnitzler beobachtete eine accessor. Struma, bei der als erste Beschwerde plötzliche Heiserkeit resp. Stimmlosigkeit eingetreten war und später erst Atem- und Schlingbeschwerden. Die Stimmlosigkeit war eingetreten infolge mannigfacher Ernährungsstörungen des Kehlkopfes, hervorgerufen durch Druck des Tumors auf den Kehlkopf. Es war bindegewebige Verwachsung des Crico-aryt.-Gelenks eingetreten, Verschwärung der Schleimhaut, Usurierung der Knorpel, Atrophie der Muskeln.

Der 54jährige Eisenarbeiter gab die oben erwähnten Beschwerden an. Er war ziemlich kräftig gebaut, atmete mit grosser Anstrengung; schon in einiger Entfernung war lautes stenotisches Atemgeräusch hörbar. Der Kehlkopf bewegte sich frei bei Inspection und Palpation. An der rechten hinteren Rachenwand sah man die obere Hälfte einer ovalen etwa hühnereigrossen Geschwulst. Der Kehlkopfspiegel zeigte den Larynx schief von rechts und hinten nach links und vorn verdrängt. Vollständige Lähmung der Stimmbänder. Nach einigen Monaten starb Pat. unter Zeichen allgemeiner Schwäche und Herzlähmung.

Die Section zeigte, dass die Stenosierung des Pharynx, Ösophagus, Larynx und Trachea durch einen access. Schilddrüsenlappen hervorgebracht war. Die Schilddrüse selbst war an Volumen nur wenig vermehrt. Von ihrem rechten Lappen ging ein Anhang aus in Form eines hühnereigrossen und auch ungefähr

so gestalteten Knollens, der gegen das übrige Schilddrüsengewebe durch eine fibröse Hülle scharf abgegrenzt war und sich zwischen Wirbelsäule einerseits, Pharynx und Ösophagus andererseits einlagerte. Er war aus dieser Lage leicht zu verschieben. Als Folge des Druckes waren am Kehlkopf die oben erwähnten pathol. Veränderungen eingetreten.

Denselben Sitz hatten 2 Nebenschilddrüsen, die Zenker beobachtete; sie waren ganz getrennt von dem Hauptdrüsenkörper, dessen linker Lappen wenig vergrössert, der rechte dagegen zum grössten Teil vereitert war.

Über eine bis jetzt noch nicht zum zweiten Male beobachtete Lage einer Struma accessor. berichtete Werner. Es handelte sich um einen 23jährigen, in hohem Grade rhachitischen Mann, der seit langer Zeit an Dyspnoe mit periodischen Erstickungsanfällen litt. Er starb an Pneumonie. Bei der Section lag eine accessor. Struma von der Grösse einer Orange auf der Trachea, welche sie bis zur Bifurcation bedeckte. Sie hatte keinen unmittelbaren Zusammenhang mit der Schilddrüse. Ihre untere Hälfte lag hinter dem Sternum. Umgeben war sie von lockerem Zellgewebe.

Ebenso selten ist eine Str. accessor. in der Zunge beobachtet worden, bis jetzt nur ein Mal. Wolf giebt an: ein junges Mädchen von 18Jahren hatte seit 6Jahren ein Gefühl von Völle und Druck im Halse. — Bei der Kehlkopfspiegeluntersuchung sah man auf der linken

Seite des Zungengrundes einen Tumor, der sich vor allem dadurch auszeichnete, dass die Färbung eine andere war, als die übrigen Teile der Zunge. Beim Touchieren des Tumors mit dem Finger konnte man erkennen, dass ein fester, harter, solider Tumor in der Substanz des Zungengrundes an der linken Seite sich befand, der bis zur Mittellinie reichte, gegen die Mitte des Kehldeckels bis an dessen untere Grenze nach dem Schlunde zu sich verlor.

Die Exstirpation zeigte einen circa zweimarkstückgrossen Tumor, der sich in die Substanz der Zunge hineinerstreckte. Bei der microscopischen Untersuchung fand man Strumagewebe.

Kleinere derartige Tumoren wurden öfter am Ring- und Schildknorpel, oder dicht dabei beobachtet. So exstirpierte v. Langenbeck eine parenchymatöse Kropfgeschwulst, die bei einem 12jährigen Knaben über Ring- und Schildknorpel lag und in keinem Zusammenhang mit der Schilddrüse stand. Sie entsprach der Lage nach dem Proc. pyramidalis der Schilddrüse. Die Geschwulst soll im ersten Lebensjahre entstanden und langsam grösser geworden sein.

Auf dem linken Schildknorpel fand Cohnheim einen Gallertknoten von Erbsengrösse, vollständig von der Hauptmasse der Schilddrüse getrennt.

An derselben Stelle fand Merkel bei der Leiche eines an Lungenemphysem gestorbenen Mannes unmittelbar neben der Medianlinie eine Nebenschilddrüse.

Die bisher erwähnten Nebenschilddrüsen waren ohne jede Verbindung mit der Schilddrüse; nun sind in der Litteratur auch eine Anzahl von Fällen erwähnt, bei denen eine Verbindung bestand, sei es nur aus einem bindegewebigen Strang oder aus Strumagewebe.

Einen Übergang zu diesen Fällen bildet ein von Braun mitgeteilter Fall. Die Nebenschilddrüse war vollständig abgekapselt, nur standen ihre Gefässe mit Art. und Ven. thyr. sup. in directer Verbindung.

Bei einer 30jährigen Frau bestand seit unbestimmt langer Zeit ein geringer Grad von Struma, der keine Beschwerden machte. Nachdem wenige Wochen Schmerzen beim Schlucken im Kopf und im linken Ohr bestanden hatten, trat plötzlich ohne besondere Veranlassung hochgradigste Erstickungsnot ein. Die Ursache derselben war eine Geschwulst, deren oberer Abschnitt vom Munde aus sichtbar, die hintere und linke Wand des Pharynx vorwölbte, deren unterer Abschnitt aber von der Epiglottis und der Cartilag. aryt. verdeckt war. Dieselbe fühlte sich weich, elastisch wie fluctuierend an, war kaum verschieblich und hatte eine glatte unveränderte Oberfläche. Bei der Operation zeigte sie sich völlig abgekapselt und liess sich stumpf ausschälen. Zuerst blieb sie an einem Stiele hängen, der die Gefässe enthielt, welche mit Art. und Ven. thyreoid. sup. in directer Verbindung standen, und in toto abgebunden wurde.

Der Tumor hatte die Form und Grösse eines

Gänseeies. Cystische Portionen lagen zwischen colloidem und teilweise hämorrhagischem Gewebe.

Gehen wir nun über zu den Fällen, wo ein Zusammenhang zwischen Schilddrüse und Nebenschilddrüse bestand, so berichtet Lotzbeck über eine Geschwulstbildung, welche am Übergange des Pharynx in den Ösophagus hinter diese trat und durch Verengerung ihres Lumens bedeutende Schlingbeschwerden bedingte.

Die anatomische Untersuchung ergab, dass nach hinten von den beiden Schilddrüsenlappen sich zwei eigrosse Strumaknoten fanden, welche durch dünnere Fortsätze beiderseits mit dem oberen Pole der Schilddrüsenlappen in Verbindung standen. Die rechtsseitige Geschwulst enthielt neben Drüsenparenchym eine Cyste eingelagert, die linksseitige bestand wesentlich aus fibrösem Gewebe.

Einen ähnlichen Fall teilt Huber mit. Eine Frau wurde wegen Verengerung des Ösophagus in der Höhe des Kehlkopfes mit Sondendilatation behandelt. Pat. starb plötzlich an Apoplexie.

Bei der Section zeigte sich die Schilddrüse in ihren vorderen und seitlichen Portionen nicht vergrössert. Vom hinteren Teile der Seitenlappen gingen zwei Fortsätze ab, welche von der Seite und von hinten den Ösophagus umklammerten und dessen Verengerung bedingten.

Ein weiterer Fall von Str. retro-oesophagea wurde von Kocher beobachtet. Die Klagen der Pat. bezogen

sich ebenfalls auf Beschwerden beim Schlingen und Atmen und immer mehr heiser werdende Stimme.

Das 24jährige, früher bleichsüchtige, sonst stets gesunde Fräulein zeigte eine leichte Verwölbung des Jupulum und des unteren Drittels des linken Sternocleid. Das Zungenbein war normal an normaler Stelle, dagegen war der Ringknorpel etwas nach rechts verschoben. Eine Verdickung des Isthmus der Thyreoidea fand sich vor und eine Vergrösserung des linken Schilddrüsenlappens. Letzterer war von fester Consistenz, unregelmässig knollig, etwa hühnereigross. Der obere Rand reichte bis ins Niveau der Incisura thyreoidea.

Rechts fühlte man ebenfalls eine leichte Vergrösserung des rechten Schilddrüsenlappens und von demselben aufwärts der Wirbelsäule anliegend einen nahezu fingerdicken, rundlichen Strang, der sich bis in die Höhe des Lig. hyothyreoid. aufwärts verfolgen liess.

An der rechten hintern Pharynxwand fühlte man einen plattrundlichen Tumor von festerer Consistenz wie die der Gl. thyreoid. Derselbe reichte bis an das untere Ende des Gaumenbogens, links bis etwas über die Medianlinie; er war genau begrenzbar und von regelmässiger Gestalt. Es liess sich deutlich constatieren, dass der Tumor im Zusammenhang stand mit dem vorher erwähnten Strang, der von dem vergrösserten rechten Schilddrüsenlappen emporstieg. Der Tumor liess sich nach auswärts schieben und dann auch von aussen her pal-

pieren. Er hatte etwa die Grösse eines starken Hühnereies, aber abgeplattet von vorn nach hinten.

Bei der Operation zeigte sich ein ca. apfelgrosser Tumor, der mit einem kleinfingerdicken Strang von Drüsengewebe mit dem rechten Schilddrüsenlappen in Verbindung stand. Unter dem Microscop erwies sich die Geschwulst als eine Struma colloides.

Einen vierten Fall von Str. accessor. beschreibt Kaufmann.

Die Beschwerden waren die schon oft angeführten: Atem- und Schlingbeschwerden.

Bei der gracil gebauten 21jährigen Pat. war die Vorderseite des Kehlkopfes bedeckt von einem leicht sichtbaren, etwa taubeneigrossen, regelmässig rundlichen und ziemlich fest sich anfühlenden, leicht unter der Haut und regelmässig beim Schlucken nach oben sich verschiebenden Strumaknoten, welcher zu seinem grösseren Teil nach rechts von der Mittellinie lag; er bedeckte die untere Hälfte des Schild- und den ganzen Ringknorpel und war leicht verschieblich. Vom linken Schilddrüsenlappen liess sich nichts durchfühlen.

Bei weitgeöffnetem Munde erblickte man eine bedeutende Vorwölbung der hinteren Rachenwand, von normaler Schleimhaut bedeckt. Am rechten oberen Rande des circa pflaumengrossen Tumors fühlte man sehr deutlich einen fingerdicken rundlichen Fortsatz, den man etwa 1 cm weit nach aussen verfolgen konnte.

Die Geschwulst hob sich bei jedem Schlingacte um

beinah 1 cm, und zwar völlig isochron und ganz gleichmässig mit dem von aussen sichtbaren Strumaknoten. Zwischen diesem und dem Kieferwinkel nahm er ziemlich die Mitte ein, sein oberer Rand reichte bis 1 cm unter den Kieferwinkel, sein unterer bis zur Mitte des Schildknorpels und traf hier unmittelbar mit dem erwähnten Strumaknoten zusammen. Die Verbindung der beiden Tumoren konnte man hierbei nicht deutlich durchfühlen, da sie einander unmittelbar berührten. Die Beziehung beider Tumoren zu einander liess sich am besten wahrnehmen, wenn der Rachentumor nur etwa 2 cm nach rechts verdrängt wurde. Dann fühlte man deutlich einen etwa $1^1/_2$ cm langen, fingerdicken Strang, der von dem bereits erwähnten Fortsatz am lateralen Rande des Rachentumors überging in den äusseren Strumaknoten. Die Operation zeigte, dass dies auch wirklich der Fall war, und bei der microscopischen Untersuchung erwies sich die Geschwulst als ein colloid entarteter Schilddrüsenlappen.

In einer Sitzung der Société anatomique de Paris zeigte Réndu eine accessor. Struma vor, die er bei einem Phthisiker gefunden hatte. Dieselbe sollte seit der Kinderzeit des Pat. bestehen. Sie nahm den Raum zwischen M. sternocleid. und linker Seite der Luftröhre ein. Sie war mit dem Längendurchmesser parallel dem M. sternocleid. gelagert, schmerzlos und hart. Sie schien bei Schluckbewegungen unabhängig von der Schilddrüse und dem Larynx zu sein.

Bei der Section zeigte sich die unter der Haut gelegene, fast ovale, in ihrem oberen Teil höckerige Cyste an den Schilddrüsenkörper durch einen bindegewebigen Strang befestigt. Die Schilddrüse selbst war zum Teil atrophiert.

In der Zungenbeingegend wurden 2 accessor. Strumen beobachtet, das eine Mal von Lücke. Pat., ein 24jähriger Schreiber, hatte seit seiner Kindheit eine Geschwulst in der Zungenbeingegend. Seit einem Jahre vergrösserte sich dieselbe bis zur Grösse einer Mannesfaust. Sie sass in der Mittellinie der Unterkinngegend, war hart, ziemlich beweglich, liess sich leicht im Mund fühlen, dessen Boden ebenso wie die Wurzel der Zunge erhoben wurde.

Bei der Operation sah man einen gefässlosen Stiel, der mit dem Zungenbein befestigt war. Bei der microscopischen Untersuchung fand man einen colloid entarteten Schilddrüsenlappen.

Der zweite Fall, den Brière beschreibt, betrifft einen 44jährigen Mann. Derselbe litt ebenfalls seit seiner Jugend an Kropf. Als seit ca. 6 Monaten sich in der Submaxillargegend links eine hühnereigrosse Geschwulst bildete, glaubte man es mit einem Lymphom oder Sarcom zu thun zu haben. Die Operation zeigte jedoch einen Schilddrüsenlappen, der durch einen 2 Finger dicken Stiel mit der übrigen Drüse zusammenhing.

In einem Briefe, den Lücke an Madelung schrieb, ist folgender sehr interessante Fall erwähnt.

Es war bei einem Pat. ein tiefliegender Abscess am Halse diagnosticiert worden, dessen Ursprung jedoch nicht ergründet war; erst die Section gab Aufschluss: es fand sich hinter der rechten Clavicula ein aberrierter Strumalappen, der zwischen Trachea und Ösophagus hineinragte und vereitert war.

Als stenosierende Geschwülste im Kehlkopf wurden dreimal accessor. Nebenschilddrüsen gefunden. Die Beschwerden waren dieselben, wie bei den vorhergehenden Patienten.

In dem v. Ziemssenschen Falle sah man bei der Section im Kehlkopf linkerseits von der Mitte des Ringknorpels beginnend bis unterhalb desselben in einer Ausdehnung von 2 cm in der Länge und 1 cm in der Dicke eine walzenförmige Geschwulst mit völlig glatter Oberfläche und von intacter, etwas injicierter Schleimhaut bedeckt. Diese Neubildung bestand gemäss genauerer microscopischer Untersuchung aus Schilddrüsengewebe. Die Struma war linkerseits zwischen Ring- und Schildknorpel hindurch in die untere Kehlkopfhöhle hineingewuchert.

Bei der laryngoscopischen Untersuchung hatte man für die Atembeschwerden keine Erklärung finden können, wohl aber ergab sich eine solche bei den beiden Patienten von Bruns. In dem einen Falle sah man das Lumen des Kehlkopfes dicht unterhalb der Stimmbänder beinahe ganz von einer Geschwulst ausgefüllt, welche von der rechten Seitenwand und einem Teile

der hinteren Wand ausging und so in das Lumen der Luftröhre hineinragte, dass bloss an der linken Seitenwand eine an ihrer breitesten Stelle einige Millimeter breite sichelförmige Spalte offen blieb. Die Geschwulst erschien bei der Besichtigung von oben her von ziemlich halbkugeliger Form, ihre breite Basis ohne scharfe Grenze gegen die Umgebung, ihre Oberfläche ganz gleichmässig und glatt, von unveränderter Schleimhaut überzogen.

Es wurde die Laryngo-Tracheotomie vorgenommen mittels Spaltung des Lig. conoid., des Ringknorpels und der 4 obersten Trachealringe. Von dieser Öffnung aus war die Geschwulst in ihrer ganzen Länge frei sichtbar, da ihre obere und untere Grenze genau im Niveau des oberen und unteren Mundwinkels lag; sie reichte vom 4. Trachealringe nach aufwärts bis ziemlich dicht unterhalb des rechten Stimmbandes und nahm in dieser Ausdehnung die ganze rechte Seitenwand und einen Teil der hinteren Wand der Luftröhre ein. Unter dem Microscop sah man schwach colloid degeneriertes Schilddrüsengewebe.

Bei dem zweiten Pat. von Bruns sass ein Tumor an der hinteren und rechtsseitigen Wand des Kehlkopfes ziemlich dicht unterhalb der Glottis, seine Oberfläche war mehrhöckrig, mit unveränderter Schleimhaut überzogen, seine Insertion war anscheinend sehr breitbasig.

Bei der Laryngo-Tracheotomie wurde ein auf dem

1. Trachealringe aufsitzender Knoten exstirpiert, welcher sich als ein medianer Strumaknoten erwies und mit dem linken Seitenlappen der Schilddrüse zusammenhing.

Drei Fälle von accessor. Struma, die in der Litteratur von Madelung, Stanley, Poland verzeichnet sind, können für unsere Statistik nicht weiter verwertet werden, da eine genaue Angabe des Sitzes der Geschwulst fehlt.

Ganz hiervon zu trennen sind die sogenannten metastatischen Strumen, wie sie von Cohnheim und Neumann in Königsberg beobachtet sind. Alle Tumoren in den Lungen, Lymphdrüsen, Knochen bestanden aus Schilddrüsengewebe, nebenbei fand sich noch eine accessor. Struma am linken Schildknorpel.

In dem zweiten Falle befindet sich ein metastatischer Kropfknoten oberhalb des Ellbogengelenkes.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Dr. Bramann, für die gütige Überlassung des Materials als auch für die überaus freundliche Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) Lücke, Krankheiten der Schilddrüse.
2) Virchow, Geschwülste.
3) Virchow, Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiologie. Bd. 66.
4) Rokitansky, Lehrbuch der pathol. Anatomie.
5) Bruns, Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen. Berlin 1878.
6) Centralblatt f. Chirurgie 1879 u. 1888.
7) Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 10 u. 18.
8) v. Langenbeck's Archiv f. Chirurgie. Bd. 21. 23. 24. 29. 36. 39.

Thesen.

I.

Bei hartnäckigen Blutungen aus atonischem Uterus ist die Tamponade indiciert.

II.

Bei Kindern unter zwei Jahren ist Morphium möglichst zu vermeiden.

III.

Die manuelle Entfernung diphtherischer Membranen aus dem Rachen ist zu unterlassen.

Lebenslauf.

Verfasser, Paul Hanel, katholischer Confession, Sohn des Amtsvorstehers Hanel zu Eisersdorf in Schlesien, wurde am 13. Mai 1865 zu Eisersdorf geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt derselbe auf der Elementarschule zu Eisersdorf und auf dem Königl. Gymnasium zu Glatz, welch letzteres er Ostern 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. April 1885 wurde er an der hiesigen Friedrich-Wilhelms-Universität bei der medicinischen Fakultät immatriculiert. Er studierte 9 Semester in Berlin, bestand am 26. Juli 1887 die ärztliche Vorprüfung, am 5. Juli 1889 das Tentamen medicum und am 21. Juli 1889 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hörte er die Kliniken, Vorlesungen und Kurse folgender Herren:

von Bergmann, Bramann, Christiani †, du Bois-Reymond, Dührssen, Gerhardt, Gusserow, Hartmann, von Hofmann, Israel, Jacobson, Krause, Küster, Lewin, Leyden, Senator, Silex, Veit, Virchow, Waldeyer, J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.